



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Postrauematische Belastungsstörung. Wie erkennen, wie behandeln?

Hecker, Tobias ; Maercker, Andreas

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-127569>

Journal Article

Originally published at:

Hecker, Tobias; Maercker, Andreas (2016). Postraumatische Belastungsstörung. Wie erkennen, wie behandeln? Chirurgische Praxis, 80:493-500.

Posttraumatische Belastungsstörung: Wie erkennen, wie behandeln?

Posttraumatic Stress Disorder: How to identify, how to treat?

Dr. Tobias Hecker & Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

Psychopathologie & klinische Intervention, Psychologisches Institut, Universität Zürich

Korrespondierender Autor:

Dr. Tobias Hecker

Psychologisches Institut

Universität Zürich

Binzmühlestr. 14/17 / Raum BIN 3 E 12

8050 Zürich

Tel.: 044 6357 305; Fax: 044 635 73 19

t.hecker@psychologie.uzh.ch

Zusammenfassung

Traumata werden definiert als Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden. Der größte Teil der Bevölkerung erlebt im Laufe des Lebens traumatische Ereignisse. Die Wahrscheinlichkeit in seinem Leben eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln liegt jedoch in Deutschland nur zwischen 1-4%. Für die Diagnose einer PTBS ist das Vorliegen eines schweren Traumas die Voraussetzung. Eine PTBS wird diagnostiziert, wenn über einen längeren Zeitraum die traumatische Situation unwillkürlich wiedererlebt wird (z.B. in Bildern oder Träumen), mögliche Hinweisreize vermieden werden, die allgemeine Reagibilität abgeflacht ist und eine permanente Überregung vorliegt. In den letzten beiden Jahrzehnten wurden erfolgreiche Methoden zur Therapie der PTBS entwickelt. Die Exposition mit dem traumatischen Ereignis steht im Mittelpunkt der als erfolgreich evaluierten Psychotherapien. Verhaltenstherapeutische Ansätze weisen die beste Wirksamkeit bei der Behandlung einer PTBS auf. Aber auch die Reaktionen anderer, können einen starken Einfluss darauf haben, wie die Opfer die Vorfälle interpretieren und ob sie weiterhin ihre Erfahrungen und Reaktionen mit anderen teilen oder sich zurückziehen und von anderen abkapseln. Soziale Unterstützung und Anerkennung können im günstigen Fall die psychischen Belastungen und Symptome vermindern. Daher sollten soziale Einflussfaktoren zukünftig verstärkt bei der Behandlung von Traumafolgestörungen berücksichtigt und genutzt werden.

Schlüsselwörter: *Posttraumatische Belastungsstörung, Trauma, Psychotherapie, Behandlung*

Abstract

Traumata are defined as events with an extraordinary threat or catastrophic extent that would result in dramatic despair in almost everyone. The great majority of the population experiences traumatic events at one point during their life course. The likelihood to develop a Posttraumatic Stress Disorder at one point during the life course is, however, only 1-4% in Germany. The exposure to traumatic event is a precondition for the diagnosis of a PTSD. A PTSD is diagnosed if for any length of time the traumatic situation is re-experienced (e.g. in pictures or nightmares), potential triggers are avoided, emotional reactivity is numb and a permanent hyperarousal is experienced. In the last two decades successful treatment approaches for PTSD have been developed. The main focus of all evidence-based treatment

approaches is the exposure in sensu of the traumatic experiences. Behavioral therapy approaches have shown to be most effective in the treatment of PTSD. However, the reaction of others can severely influence, how victims interpret the traumatic situation and whether they disclose their experiences and reactions to others or whether they withdraw and seclude from others. Social support and acknowledgement can at the best reduce psychological distress and symptoms. Therefore, in future social factors should be considered and applied in the treatment of trauma-related disorders.

Keywords: *Posttraumatic Stress Disorder, Trauma, Psychotherapy, treatment*

Traumatischen Ereignisse

Traumata werden im ICD-10 der WHO als kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß definiert, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden (1). Das US-amerikanische DSM-System (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) beschreibt Traumata als Ereignisse, die eine Konfrontation mit dem Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt beinhalten (2). Als vier mögliche Formen werden die direkte Erfahrung, persönliche Zeugenschaft, Auftreten in der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden sowie die wiederholte Konfrontation mit aversiven Details (z.B. im Kontext des Berufs) spezifiziert. Traumatische Ereignisse lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Als orientierendes Schema hat sich die Einteilung in menschlich verursachte versus zufällige Traumata sowie in kurze versus langfristige Traumata (Typ I vs. Typ II) bewährt (siehe Tabelle 1). Typ-I-Traumata sind meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet, Typ-II-Traumata durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und durch eine geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens. Über alle Studien und alle Trauma-Arten zusammengefasst ergibt sich eine bedingte Wahrscheinlichkeit, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln von 8-15%, d.h. von 100 traumatisierten Personen haben 8 bis 15 eine PTBS-Diagnose. Die bedingten Wahrscheinlichkeiten für verschiedene Trauma-Arten sind in verschiedenen Ländern annähernd gleichhoch (3):

- ca. 50-65% nach direktem Kriegserleben als Zivilist
- ca. 50% nach Vergewaltigungen und sexuellem Missbrauch
- ca. 25% nach anderen Gewaltverbrechen
- ca. 5% nach schweren Verkehrsunfällen
- unter 5% nach Natur-, Brand-, Feuerkatastrophen
- unter 5% bei Zeugen von Unfällen und Gewalthandlungen

Die posttraumatische Belastungsstörung

„Seit dem Überfall bin ich ein völlig anderer Mensch geworden“, berichtet ein 60-jähriger Mann, „abends liege ich im Bett und dann kommen diese Gedanken und Bilder, und dann liege ich ewig wach. (...). Wenn ich irgendwo bin, und es gibt ein plötzliches Geräusch, dann zucke ich zusammen. (...) Man kann’s nicht abstellen. (...)“ Der Mann, Opfer eines Überfalls, leidet an einer sogenannten posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Das Vorliegen eines schweren Traumas ist die Voraussetzung einer für die Diagnose einer PTBS. Sie wird

diagnostiziert, wenn einige Einzelsymptome gemeinsam über einen längeren Zeitraum auftreten. Im Mittelpunkt der Symptome stehen dabei das Wiedererleben der traumatischen Situation (Intrusion), die Vermeidung und das sogenannte Numbing sowie die Überregung (Hyperarousal).

Intrusion

Patienten mit PTBS weisen eine ungewollte Gebundenheit an das schreckliche Erlebte auf. Diese Gebundenheit zeigt sich in Bildern, Geräuschen oder anderen lebhaften Eindrücken des traumatischen Ereignisses, die unbeabsichtigt sowohl in den wachen Bewusstseinszustand als auch in den Schlaf „eindringen“. Oftmals kommt es zu einem subjektiv erlebten Überflutungszustand durch diese inneren Bilder.

Vermeidung/Numbing

Daneben versuchen Betroffene oft mit aller Macht, die sie überflutenden Gedanken „abzuschalten“, das heißt, nicht mehr an das Geschehene zu denken. Trotz der intensiven Versuche gelingt diese Vermeidung in den meisten Fällen nicht. Das Vermeidungsverhalten schließt ebenfalls die Scheu davor ein, Aktivitäten durchzuführen oder Orte aufzusuchen, die an das Trauma erinnern.

Das Numbing, was als Abflachung der allgemeinen psychischen Reagibilität bezeichnet werden kann, ist gleichsam mit den Vermeidungssymptomen assoziiert. Die Betroffenen berichten, dass sich die eigenen Gefühle immer mehr gleichen und sie eine Entfremdung gegenüber anderen Menschen empfinden. Damit geht oft ein sozialer Rückzug einher.

Hyperarousal

Schließlich ist es auch der Körper, der nach einem Trauma reagiert – selbst wenn Betroffene die körperlichen Folgen oft nicht im Zusammenhang mit dem Trauma sehen. Die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems senkt sich, Belastungen wirken also früher und nachhaltiger. Die damit einhergehende Erregungssteigerung beeinflusst vor allem das Schlafverhalten: Tagsüber sind Betroffene erhöht wachsam gegenüber allen Reizen (Geräusche, fremde Gesichter u. a.), die unter Umständen heftige Schreckreaktionen auslösen können. In der Nacht verhindert die ständige Erregung das Ein- bzw. Durchschlafen erheblich.

Komplexe PTBS

Für alle Traumata sind die gleichen psychischen Symptome beschrieben worden. Es hat sich allerdings gezeigt, dass die willentlich durch Menschen verursachten Traumata und die zeitlich länger andauernden Typ-II-Traumata in vielen Fällen zu umfassenderen Beeinträchtigungen führen als die anderen Formen. Daher wird im ICD-11 (4) *komplexe PTBS* als neue Diagnose vorgeschlagen. Die komplexe PTSD umfasst die starke psychologische Reaktion hervorgerufen durch anhaltende, traumatische Erlebnisse, die in der Regel mehrere oder sich wiederholende traumatische Ereignisse einschließt (z.B. sexueller Missbrauch in der Kindheit). Die vorgeschlagene Diagnose umfasst alle Hauptsymptome der klassischen PTBS. Darüber hinaus müssen für die Diagnose einer komplexen PTBS eine Affektregulationsstörung (einschl. Dissoziationsneigung), negative Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen vorliegen.

Epidemiologie und Verlauf

Nach dem Erleben eines Traumas können PTBS in jedem Lebensalter auftreten. Sie wurden sowohl in der Kindheit als auch im hohen Lebensalter beschrieben. Dabei zeigen sich die eigentlichen PTBS-Symptome üblicherweise innerhalb der ersten Monate nach dem Trauma, während in den unmittelbaren Stunden und Tagen nach dem Ereignis eher psychische Schock- und akute Belastungszustände vorherrschen. Epidemiologische Studien zeigen zwar, dass der größte Teil der Bevölkerung im Laufe des Lebens traumatische Ereignisse erlebt, die Lebenszeitprävalenz liegt in Deutschland bzw. Europa aber nur zwischen 1-3% (5), d.h. die meisten Traumatisierten entwickeln keine PTBS, sondern zeigen Spontangenesung. Auch der Verlauf einer PTBS ist dadurch gekennzeichnet, dass beim größten Teil der Traumatisierten die Symptomatik innerhalb von wenigen Wochen remittiert. Eine Dauer der Symptomatik von mehr als 3 Monaten ist prognostisch ungünstig, da die Symptome längere Zeit anhalten und chronifizieren.

Risiko-Berufsgruppen

Zu den Risikogruppen für Traumatisierungen und für die Entwicklung posttraumatischer Symptome zählen Polizisten, Soldaten, Angehörige der Feuerwehr und der Rettungskräfte, Journalisten im Auslandseinsatz aber auch Psychologen und Ärzte, die mit traumatisierten Menschen arbeiten. Für diese Berufsgruppen hat sich auch der Begriff „Sekundärtraumatisierte“ etabliert. Zu ihren jeweiligen spezifischen Risiko- und Belastungsprofilen gehören z.B. lebensgefährliche Einsätze, das Bergen von Toten, Sterbenden und Verstümmelten und die direkte Betreuung von akut Traumatisierten. Die

PTBS-Lebenszeitprävalenzen in diesen Risikogruppen variieren je nach Belastungsprofil, Einsatzjahren und dem Zeitraum der Prävalenzschätzung von 5% bei Polizisten bis hin zu 36% bei Rettungsdienstmitarbeitern. Eine sinnvolle Personalauswahl, Information und Training zur Vorbereitung auf allgemeine und traumatische Stressoren, sowie Beobachtung und Betreuung im Einsatz, um Überforderungen und massive Belastungsreaktionen zu verhindern, sind wichtige Punkte für eine Herabsetzung des PTBS-Risikos in diesen Gruppen.

Psychotherapie

In den letzten beiden Jahrzehnten wurden erfolgreiche Methoden zur Therapie posttraumatischer Reaktionen und manifester Traumafolgestörungen entwickelt (siehe Kasten 1). Allerdings gibt es noch keine gesicherten Erkenntnisse, ob die Therapie bei Einzeltraumata (z.B. Überfall, Katastrophe, einzelner sexueller Übergriff) anders gestaltet werden sollte als bei multiplen Traumata (z.B. sexueller Missbrauch in der Kindheit, Krieg). Es fehlen Therapiestudien, in denen diese Patientengruppen verglichen wurden. Dabei ist die Art der Verursachung für die Komplexität und Schwere der Symptomatik sehr wichtig. Bei der Behandlung einer PTBS ist es ebenfalls wichtig zu bedenken, dass viele Patienten eine Reihe von weiteren psychischen Problemen aufweisen: Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch beziehungsweise -sucht, aber auch Persönlichkeitsstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören dazu. Je nach Untersuchung gilt dies für 50 bis 100 Prozent der Betroffenen, wobei die Patienten mit PTBS meist mehr als eine weitere Störung entwickeln.

Im deutschen Sprachraum haben sich bei der Behandlung von PTBS drei Therapiephasen etabliert: 1. Sicherheit: Stabilisierung und Affektregulation, 2. Traumaexposition (in verschiedenen Formen), 3. Integration und Neuorientierung. In anderen Ländern wird dagegen weder in der Praxis noch in der Forschung diese Phaseneinteilung explizit angewendet. Darum erstaunt es nicht, wenn Überblicke über die weltweit verfügbaren empirischen Studien keine Notwendigkeit für diese Phasenabfolge aufzeigen. Es ist fraglich, ob die drei Phasen für alle Traumatypes, PTBS-Varianten und Settings (stationär/ambulant) relevant sind. Auch die zeitliche Abfolge wird zum Teil infrage gestellt.

Als traumafokussierte Verfahren werden im engeren Sinne Therapieansätze bezeichnet, bei denen die Reduktion der PTBS-Symptomatik im Mittelpunkt steht. Dazu gehören beispielsweise die prolongierte Exposition nach Foa (6). Das Trauma wird mit Hilfe der eigenen Gefühle nacherlebt und erzählt. Durch diese Exposition in sensu wird das

traumatische Ereignis mehrfach wiederholt berichtet bis eine Habituation eintritt, d. h. eine Gewöhnung mit abgeschwächter Reaktion bei der Konfrontation mit den Erinnerungen an das Trauma. Kognitive Therapien (7) rücken die therapeutische Bearbeitung von Wahrnehmungsprozesse (kognitive Umstrukturierung) und damit einhergehende körperliche Reaktionen in den Mittelpunkt. Ein anderes trauma-fokussiertes Verfahren ist die EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, deutsch: Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung) nach Shapiro (8). Bei der Exposition mittels EMDR werden mit dem Trauma assoziierte Bilder, Wahrnehmungen, Kognitionen oder Gefühlen mit einer bilateralen sensorischen Stimulation über Augenbewegungen, auditive oder taktile Stimulation bearbeitet, bis die Belastung geringer wird.

Verhaltenstherapeutische Ansätze (u.a. prolongierte Exposition), kognitive Therapien und EMDR weisen die höchsten Effektstärken auf (siehe Abbildung 1). Für multiple Traumatisierung ist die Narrative Expositions-Therapie (NET) ein vielversprechender Ansatz (9). Eine aktuelle Studie (10) zeigte sogar die überlegene Wirkung von Psychotherapie gegenüber Pharmakotherapie (mit 20mg des SSRI Escitalopram).

Die Exposition mit dem traumatischen Ereignis steht also im Mittelpunkt der als erfolgreich evaluierten Psychotherapien. Grundsätzlich ist das Expositionsvorgehen (d. h. Vergegenwärtigung des Traumas zusammen mit dem Psychotherapeuten) von einer Retraumatisierung zu unterscheiden, da Ersteres einem unterstützenden und heilenden Zweck dient und dem Patienten Möglichkeiten der Neustrukturierung seines traumatischen Gedächtnisinhalts bietet. Als Retraumatisierung wird dagegen ein Vorgehen definiert, das den Patienten nur neu belastet und keine Ziel führende Erleichterung verschafft (Retraumatisierungen sind z.B. Ergebnisse von ungünstig geführten polizeilichen Vernehmungen oder Interviews mit Sensationsjournalisten). Die therapeutische Exposition wird vorbereitet über die Vermittlung des Krankheitsbildes der PTBS und der Aufklärung über die Symptome mit dem Ziel des Verstehens und der Akzeptanz des Zustands. Kognitive Umstrukturierung und Exposition in vivo ergänzen die Exposition in sensu. Oft gelingt es in wenigen Wochen, die Symptome zu reduzieren. Über die Symptomreduktion hinaus bedarf die Bearbeitung der vielfältigen Konsequenzen sowie die Integration des Traumas in das Leben des Traumatisierten einer längeren therapeutischen Arbeit.

Soziale Einflussfaktoren

Darüber hinaus kann die Art und Weise, wie Menschen nach einem traumatischen Ereignis behandelt werden, Auswirkungen auf ihre Genesung haben. In den USA unterschied sich beispielsweise der Empfang der heimkehrenden Soldaten des zweiten Weltkrieges erheblich vom Empfang der heimkehrenden Vietnamkriegssoldaten. Erstere wurden als Helden gefeiert, letztere von demonstrierenden Studenten geschmäht. Man vermutete, dass dieser unterschiedliche Heimatempfang einen Einfluss auf die Art und Weise hat, mit der die ehemaligen Soldaten ihre Erfahrungen betrachteten. Bei Vergewaltigungsopfern kann man sich auch zwei unterschiedliche Reaktionen ihrer Umgebung vor Augen halten. In einem Fall sagen die Eltern: „*Es tut uns so leid. Was können wir tun, um dir zu helfen?*“. Im anderen Fall sagen sie hingegen: „*Was hattest du dort überhaupt zu suchen? Was für Kleidung hattest du denn an? Hab ich dich nicht gewarnt?*“. Wie andere auf das Trauma reagieren, kann also einen starken Einfluss darauf haben, wie die Opfer die Vorfälle interpretieren und ob sie weiterhin ihre Erfahrungen und Reaktionen mit anderen teilen oder sich eher zurückziehen und von anderen abkapseln.

Die soziale Anerkennung als jemand, der extrem belastende Erfahrungen gemacht hat, kann sich auf verschiedene Weise auf die psychische Befindlichkeit nach einem Trauma auswirken und im günstigen Fall die psychischen Belastungen und Symptome vermindern.

Gesellschaftlichen Anerkennung als Opfer drückt aus, inwieweit ein Traumatisierter von seiner Umgebung Mitgefühl ausgedrückt bekommt, Verständnis für seine besondere Lage gezeigt wird, die Besonderheiten des Erlebens und Empfindens nach einem traumatischen Erlebnis anerkannt werden sowie Hochachtung vor der Bewältigungsleistung gezollt wird. Dies ist sowohl im familiären Rahmen als auch im Kollegen- und Freundeskreis sowie der lokalen Öffentlichkeit (z.B. Stadt oder Gemeinde) von großer Wichtigkeit.

Soziale Unterstützung kann sich sowohl auf vorherige Einflüsse beziehen als auch auf die posttraumatische Reaktionen. Zu wissen, dass die eigene Familie oder Freunde in der Vergangenheit nicht hilfreich oder sogar hindernd waren, kann dazu führen, dass der/die Überlebende eines Traumas versucht alleine mit der Situation zurecht zu kommen. Das wahrgenommene familiäre oder soziale Klima bestimmt also maßgeblich, wie viel man Angehörigen und Bezugspersonen von den traumatischen Ereignissen und ihren Folgen erzählt. Das klinisch-psychologische Konstrukt des Offenlegens (engl. = Disclosure) der Traumaerfahrungen umfasst mehrere Dimensionen: Mitteilungsdrang, Verschwiegenheit und emotionale Reaktionen beim Erzählen. Die beiden Dimensionen Mitteilungsdrang und Verschwiegenheit schließen sich nicht gegenseitig aus. Dies hängt mit dem Kommunikationsverhalten Traumatisierter zusammen, die oft verstärkt über das Trauma

reden wollen, dies aber gleichzeitig nicht können, weil sie befürchten „*alles damit noch schlimmer*“ zu machen. So kommt es, dass PTBS-Patienten durchschnittlich höhere Werte für Mitteilungsdrang, Verschwiegenheit und emotionale Reaktionen beim Erzählen haben als traumatisierte Personen ohne PTBS.

In einer Metaanalyse zu verschiedenen Risikofaktoren für eine PTBS fanden Brewin und Kollegen (11), dass soziale Unterstützung die vergleichsweise höchste Effektstärke aufweist. Bei genauerer Untersuchung fand sich allerdings, dass nicht das Vorhandensein positiver Unterstützung diesen Effekt ausmachte, sondern negative soziale Reaktionen sowie die Unzufriedenheit mit der Unterstützung.

Ausblick

Insgesamt zeigt die psychotraumatologische Forschung ein rasches Wachstumstempo. Dennoch bleiben Fragen offen: Die Prozesse, die zu einer spontanen Rückbildung von PTBS-Symptomen führen, sind noch ungenügend erforscht, ebenso wie die Mechanismen der psychischen Widerstandsfähigkeit nach einem traumatischen Erlebnis. Um in Zukunft auslösende und aufrechterhaltende Faktoren besser zu verstehen und die Behandlung von Traumafolgestörungen zu verbessern ist es wichtig, die sozialen und interpersonellen Einflussfaktoren besser zu verstehen. Soziale Emotionen, wie Schuld, Scham und Rachegefühle, beeinflussen Entwicklung und Aufrechterhaltung einer PTBS ebenso wie soziale Unterstützung, negative Reaktionen (Ausgrenzung und Beschuldigung des Opfers) und Offenlegung des Traumas auf Ebene der engen Beziehungen (Partner, Familie oder enge Freunde). Auf gesellschaftlicher Ebene spielen vor allem die wahrgenommene Ungerechtigkeit und die soziale Anerkennung des Traumas eine wichtige Rolle. Zukünftig sollten daher soziale Einflussfaktoren verstärkt auch bei der Behandlung von Traumafolgestörungen berücksichtigt und genutzt werden. Zum Beispiel in Form von paar- oder familientherapeutischen Ansätzen für traumatisierte Paare bzw. Familien.

Referenzen

1. World Health Organization. ICD-10-GM-2014 F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung, 2014; <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F43.-.html>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). Washington: American Psychiatric Press; 2013).
3. Maercker A, et al. Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *Brit J Psych* 2004; 184, 482-487.
4. Maercker A et al.: Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 2013; 381:1683–1685.
5. Maercker A et al.: Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt* 2008; 79: 577–586.
6. Foa EB, et al.: Handbuch der Prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung - eine Anleitung für Therapeuten. Lichtenau: G.P. Probst; 2014.
7. Ehlers A, Clark DM: A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38: 319–345.
8. Shapiro F. EMDR - Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann; 2012.
9. Schauer M, Neuner F, Elbert T: Narrative Exposure Therapy (NET). A short-term intervention for traumatic stress. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2011.
10. Shalev A, et al.: Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by early treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 166-176.
11. Brewin CR et al.: Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 748–766.

Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
Akzidentelle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle Kurzandauernde Katastrophe (z.B. Brand, Wirbelsturm) Berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Rettungskräfte, Feuerwehr)	Langandauernde Katastrophe (z.B. Erdbeben, Überschwemmung)
Interpersonelle Traumata	Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall) Sexueller Übergriff (z.B. Vergewaltigung)	Kriegserleben Sexueller Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter Geiselhaft Politische Inhaftierung, Folter

Kasten 1: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Die DeGPT ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die ein Forum bildet für ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und VertreterInnen anderer Berufsgruppen, die mit Menschen mit Traumafolgestörungen in Berührung kommen. Die DeGPT bietet akkreditierte Weiterbildung für spezifische Psychotraumatherapie an. Mit der TherapeutInnen-Suche der DeGPT können qualifizierten TherapeutInnen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen gesucht werden. Alle TherapeutInnen haben eine entsprechende Weiterbildung in Psychotraumatherapie absolviert, die von der DeGPT zertifiziert wurde.

Mehr Infos unter: www.degpt.de

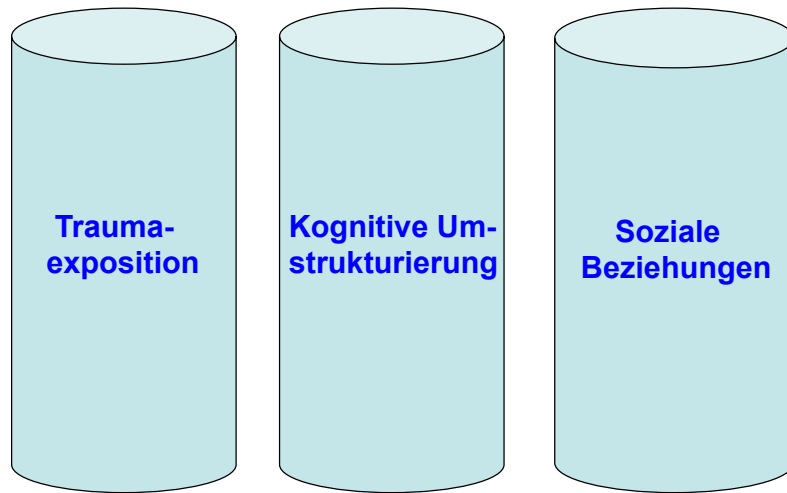


Abbildung 1: *Drei Säulen der evidenzbasierten Traumatherapie*